

LUIZA NOWAKOWSKA

W stronę humanizacji porodu. Projekt standardu opieki okołoporodowej w Polsce

Streszczenie

Pretekstem do niniejszych rozważań stał się projekt standardu opieki okołoporodowej w Polsce, przekazany do konsultacji społecznych dnia 21 stycznia 2010 r. przez Ministerstwo Zdrowia. W tekście zwrócono uwagę na propozycje regulacji w zakresie minimalizacji nieuzasadnionych interwencji medycznych w trakcie porodu, przestrzegania praw pacjenta oraz zwiększania satysfakcji pacjentek ze świadczonej opieki. Tym samym, standard zmierza do ograniczenia nadmiernej medykalizacji okresu okołoporodowego. W tekście medykalizację potraktowano jako specyficzny model ciąży i porodu, który dominuje w wielu krajach zachodnich, i który od jakiegoś czasu stanowi przedmiot narastającej krytyki. Model ten neguje poród jako akt „całościowy” – społeczny, psychiczny, kulturowy oraz fizjologiczny – na rzecz interpretacji medycznej jako stanu zagrażającego kobiecie i dziecku oraz wymagającego nadzoru lekarskiego w szpitalu. Przejawem tak rozumianej medykalizacji są więc m.in. technologiczno-interwencyjna filozofia porodów, patologizacja ciąży oraz uprzedmiotowienie kobiety.

Zmedykalizowany model ciąży i porodu został omówiony w szerszym kontekście jako element bardziej ogólnego zjawiska z pogranicza medycyny i życia społecznego, które w naukach społecznych analizowane jest już od kilku dekad. Chodzi o medykalizację jako proces „zawłaszczania” przestrzeni społecznej poprzez traktowanie złożonych zjawisk w kategoriach prawie wyłącznie biomedycznych, najczęściej jako chorobę, czynnik ryzyka lub zaburzenie. Skupiono się także na argumentach przytaczanych przez zwolenników uspołecznionego, holistycznego modelu opieki i wsparcia rodziców, komplementarnego do systemu szpitalnego, niezbędnego dla ciąż zagrożonych. Zwrócono również uwagę na jedną z poważniejszych konsekwencji medykalizacji, jaką jest obniżenie statusu zawodowego położnych oraz ograniczenie ich autonomii w sprawowaniu opieki okołoporodowej.

Słowa kluczowe: opieka okołoporodowa, medykalizacja, humanizacja porodu.

Towards the humanization of childbirth. The draft standard of maternal care in Poland

Abstract

The pretext for these considerations has become the standard of maternal care in Poland, submitted to public consultation on 21 January 2010 by the Ministry of Health. The text drew attention to the proposal of regulation to the minimization of medical intervention during childbirth, the rights of the patient and increase patient satisfaction with the care provided. Standard, through changes in this area, aims to reduce excessive medicalization of perinatal period. In the text medicalization was treated as a specific model of pregnancy and childbirth, which predominates in many Western countries, and is the subject of increasing criticism. This model denies childbirth as a holistic act – a social, psychological, cultural and physiological interpretation for the medical – as a condition threatening the woman and child, and requiring medical supervision in hospital. One of the manifestation of this sense of medicalization are technological-interventionist philosophy of birth, pathologization of pregnancy and objectification of women.

This model of pregnancy and childbirth is discussed in a broader context as a part of more general phenomenon on the borderland of medicine and social life, which in the social sciences is examined for several decades. Terms of medicalization as a process of appropriation of social space through treatment of complex phenomena in terms of biomedicine, mostly as a disease risk factor or disorder. Also focuses on the arguments cited by proponents of socialized, holistic model of care and support of women, complementary to the hospital system, essential for pregnancies at risk. One of the serious consequences of medicalization, that is, the lowering of the status of midwives and reducing their autonomy in perinatal care have also been discussed.

Key words: perinatal care, medicalization, humanization of childbirth.

WSTĘP

Projekt standardu opieki okołoporodowej stanowi pierwszy w Polsce dokument ujednolicejący zasady sprawowania opieki nad kobietą i dzieckiem w tym okresie. Odnosi się on do różnych aspektów ciąży fizjologicznej i fizjologicznego porodu, także porodu mającego miejsce poza stacjonarnym zakładem opieki zdrowotnej oraz położu i opieki nad noworodkiem. Standard miałyby być obligatoryjny dla wszystkich placówek, zastępując ustalenia wewnętrzne szpitali, co według autorów projektu powinno ograniczyć negatywne zjawiska w zakresie świadczonej opieki. W Uzasadnieniu projektu uznano, iż podnoszenie jakości opieki okołoporodowej powinno być realizowane w szczególności poprzez: ograniczenie nadmiernej medykalizacji porodu fizjologicznego, przestrzeganie praw pacjenta, stosowanie zasad trójstopniowej opieki perinatalnej, zwiększanie satysfakcji pacjentek z opieki, optymalizację kosztów opieki i adekwatną do potrzeb dystrybucję środków finansowych [1].

Standard, jako element nowej strategii opieki okołoporodowej wymienia m.in. stosowanie interwencji medycznych w trakcie porodu na możliwie najniższym poziomie (chodzi np. o amniotomię, stymulację czynności skurczowej, podawanie opioidów, nacinanie krocza, cięcia cesarskie), a warunkiem ich zastosowania powinna być udowodniona skuteczność medyczna. Zatem każda ingerencja w naturalny przebieg ciąży i porodu, a więc wykroczenie poza wyznaczony standard, oznacza, że ciąża i poród przestają być fizjologiczne [1]. Według Fundacji Rodzić po Ludzku, której przedstawiciele weszli w skład zespołu eksperckiego opracowującego standard, oddzielono tym samym poród fizjologiczny, z ewentualnym minimum interwencji medycznych, od porodu, który ze względu na określone zaburzenia takich interwencji wymaga. Tymczasem w Polsce za poród fizjologiczny uznaje się każdy, który nie był zabiegowym lub nie zakończył się cięciem cesarskim. Według danych Fundacji w naszym kraju porodów fizjologicznych w myśl definicji WHO, przyjętej także w przygotowanym standardzie, odbywa się mniej niż 5%, co oznacza, że wiele z nich jest nadmiernie zmedykalizowanych. Według przedstawicieli Fundacji m.in. te dane wskazują na konieczność wprowadzenia zmian w tym zakresie [2].

Autorzy projektu zwracają uwagę, iż opracowany plan opieki nad kobietą ciężarną i noworodkiem stanowi odpowiedź na liczne postulaty różnych środowisk, dotyczące jakości tej opieki oraz konieczności wprowadzenia jednoznacznych uregulowań prawnych [1]. Jak podkreśla Fundacja Rodzić po Ludzku, standard w dużej mierze wyraża opinie i potrzeby formułowane przez same kobiety, które od dawna zgłaszały poważne zastrzeżenia w tym zakresie – chodzi m.in. o wspomniane wyżej nieuzasadnione interwencje medyczne stosowane bez uwzględnienia indywidualnej sytuacji, nieprzestrzeganie prawa do podejmowania decyzji o stosowanych procedurach i zabiegach, prawa do informacji o stanie zdrowia swoim i dziecka, prawa do intymności i godności czy arbitralne ustalanie przez daną placówkę opłat za obecność bliskiej osoby podczas porodu [2].

W tekście podjęto próbę socjologicznej interpretacji zmedykлизованego modelu ciąży i porodu, który oznacza zanegowanie koncepcji porodu jako aktu „całościowego”

– społecznego, psychicznego, kulturowego oraz fizjologicznego – na rzecz medycznej interpretacji jako stanu zagrażającego kobiecie i dziecku oraz wymagającego nadzoru lekarskiego w szpitalu. Wydaje się, iż ze względu na narastającą krytykę takiej wizji, obecny system opieki położniczej nie zaspakaja w pełni wszystkich potrzeb rodzących kobiet. Analizując zmedykalizowany model ciąży i porodu, odwołano się zarówno do nastrojów społecznych, jak i opinii ekspertów w zakresie preferowanego modelu opieki okołoporodowej. Prezentacja zespołu poglądów dotyczących medykalizacji miała ponadto na celu wskazanie pewnych tendencji rzutujących na współczesne położnictwo oraz profesję położnej.

ZJAWISKO MEDYKALIZACJI

Przez prawie cztery ostatnie dekady socjologowie, antropologowie, historycy, bioetycy oraz przedstawiciele zawodów medycznych zgłębiali zjawisko medykalizacji. Analizowano status medycyny, korzenie, zasięg i wpływ medykalizacji na kulturę, społeczeństwo, pacjentów i samych lekarzy [3]. W literaturze przedmiotu medykalizację opisuje się najczęściej jako proces, w którym określone zjawisko jest definiowane i traktowane jako czysto biologiczne, często jako choroba lub zaburzenie, czego efektem jest nadmierna redukcja złożonych uwarunkowań dobrostanu człowieka do wymiaru biomedycznego, co z kolei prowadzi do praktyk społecznej kontroli oraz ekspansji profesji medycznych [3,4]. Planowanie rodziny, wychowanie dzieci, dojrzewanie, wygląd fizyczny, alkoholizm, menopauza, lęk, zły nastrój, agresja, problemy z potencją seksualną czy zaburzenia odżywiania wymienia się jako przykłady obszarów, które obecnie interpretowane są jako wyzwanie przede wszystkim dla medycyny i farmakologii [3]. Równie istotnym elementem medykalizacji jest rosnąca ranga profesji medycznych, zwłaszcza lekarzy, nie tyle jako ekspertów w swojej dziedzinie, ale głównie w zakresie sprawowania władzy społecznej, która objawia się w szczególnym prestiżu i aurytecie lekarzy. Ma to swoje negatywne konsekwencje w postaci asymetrii relacji lekarz-pacjent [5], przeniesienia odpowiedzialności za zdrowie z jednostek na instytucję medycyny, uzależnienia od wiedzy eksperckiej czy rosnącego popytu na usługi medyczne i produkty farmakologiczne.

Medykalizacja jako szczególne podejście do zdrowia, choroby, i ogólnie kondycji człowieka, wydaje się być zakorzeniona w oświeceniowej wierze w wiedzę naukową i technologię jako warunek postępu społecznego [6]. Medykalizacja wynika więc ze szczególnego statusu medycyny w społeczeństwie. Sukcesy w zakresie zwalczania chorób zakaźnych, obniżania zachorowalności, umiarności i wydłużania przeciętnej długości trwania życia sprawiły, iż medycyna stała się synonimem skuteczności, profesjonalizmu, obiektywizmu oraz niezależności, zyskując społeczne zaufanie i prestiż. Tym samym stała się istotnym elementem społecznego systemu władzy i społecznej kontroli [7]. Jako źródło medykalizacji wymienia się także szersze procesy społeczno-ekonomiczne. Postępująca racjonalizacja zaspakajania potrzeb zdrowotnych doprowadziła do stworzenia systemu medycznego opartego na zasadzie rentow-

ności i maksymalizacji zysku, poddanego konkurencyjnym regulom rynku. Krytycy medykalizacji zwracają uwagę, iż nadmierna biurokratyzacja instytucji medycyny doprowadziła do prymatu pragmatyzmu i funkcjonalności oraz dehumanizacji relacji międzyludzkich, gdzie pacjent stał się „numerkiem”, a lekarz „produktem cyklu technologicznego” [8].

ZMEDYKALIZOWANY MODEL CIĄŻY I PORODU

Medykalizację zdefiniowano powyżej jako proces „zawłaszczania” przestrzeni społecznej poprzez traktowanie złożonych zjawisk w kategoriach biomedycznych, najczęściej jako chorobę, czynnik ryzyka lub zaburzenie. W odniesieniu do kobiet oznacza to, iż naturalne etapy życia – ciąża, poród, karmienie czy interakcja z dzieckiem, zostały wyłączone z kontekstu społeczno-kulturowego i poddane medycznej interpretacji [9]. Medykalizacja w tym sensie przejawia się w szczególności: zubożeniem sposobu rozumienia czym jest macierzyństwo, sprowadzeniem kobiety rodzącej do biernego obiektu medycznych interwencji, interpretacją ciąży i porodu jako zagrożenia, odebraniem rodzącej poczucia sprawstwa oraz bycia kompetentną, a tym samym utratę jej podmiotowości oraz psychicznej satysfakcji, strachem jako motywacją do poddawania się nieuzasadnionym interwencjom, powszechnym przekonaniem, że bezpieczny poród ma miejsce wyłącznie w szpitalu etc. Warto w tym miejscu przyrzeć się powyższym aspektom medykalizacji.

Wraz z rozwojem technologii medycznych ukierunkowanych na podniesienie bezpieczeństwa porodów rozpoczęła się stopniowa instytucjonalizacja porodu, który coraz częściej miał miejsce w szpitalu. W okresie nowożytnym w szpitalach rodziły głównie kobiety z niższych warstw społecznych. Jeszcze w 1900 roku 5% porodów w Stanach Zjednoczonych miało miejsce w szpitalu, podczas gdy w 1935 r. stanowiły one już 75% wszystkich porodów [10]. Właściwie cały XX wiek można określić jako „erę triumfującego szpitalnictwa” w położnictwie. Obecnie zwraca się uwagę, iż szpital nie jest absolutnie bezpiecznym miejscem dla porodów, ze względu chociażby na ryzyko zakażeń wewnątrzszpitalnych [11]. Krytycy medykalizacji wskazują ponadto na pozamedyczne konsekwencje porodów szpitalnych – koszty psychiczne ponoszone przez kobiety na skutek przebywania w wyizolowanym, obcym otoczeniu [12], a także niejasności procedur, którym jest poddawana oraz ryzyko nieuzasadnionych interwencji medycznych [13]. Nieodłącznym elementem instytucjonalizacji było uczynienie interwencji zewnętrznej w poród rutynowym postępowaniem. Szczególnym wyrazem tego technicyzowanego podejścia były opracowane w 1970 r. przez Państwową Klinikę Ginekologiczno-Położniczą w Dublinie tzw. „normy dublińskie”. Był to zespół procedur określonych jako „aktywne prowadzenie porodu” standardyzujących jego przebieg. Wprowadzenie tego modelu na sale porodowe doprowadziło do sytuacji, w której ingerencja lekarza stała się zwyczajowym postępowaniem [10]. Tymczasem, pomimo nasycenia technologią opieki szpitalnej, w krajach wysokorozwiniętych nie stwierdzono w ciągu ostatnich dwudziestu lat znaczącego spadku odsetka niskiej masy urodzeniowej czy mózgowego porażenia dziecic-

cego, nie dowiedziono także, że wzrost interwencji położniczych może prowadzić do większego spadku umieralności okołoporodowej. Według Narodowego Centrum Statystyki Zdrowia USA (US National Center for Health Statistics) „Porównania wskaźników śmiertelności okołoporodowej z liczbą cesarskich cięć i liczbą porodów zabiegowych nie wykazują jakichkolwiek korelacji w żadnym z badanych krajów.” [13]. Według znanego rzeczniaka idei „humanizacji porodów” perinatologa, epidemiologa, byłego dyrektora Departamentu Zdrowia Kobiet i Dzieci WHO, M. Wagnera, zaobserwowany spadek tego wskaźnika w krajach wysokorozwiniętych w ciągu ostatniej dekady jest raczej rezultatem dobrej opieki neonatologicznej niż efektem podejścia technologicznego. Zachodnia opieka okołoporodowa oparta na zmedykalizowanym paradygmacie postrzega działania na rzecz ograniczania interwencji medycznych jako uwstecznienie. Tymczasem faktyczną funkcją obniżania komplikacji i umieralności okołoporodowej jest według Wagnera docenienie sił natury, bowiem „Postęp technologiczny i cywilizacyjny może (...) prowadzić do rzeczywistego podwyższenia stanu zdrowia społeczeństw tylko wówczas, jeśli technologia, we współpracy z przyjazną człowiekowi opieką zdrowotną, wspomaga naturalne procesy biologiczne” [13].

„Normy dublińskie” oprócz zaleceń medyczno-organizacyjnych stały się wyrazem pewnej filozofii porodu, który przestał być aktem indywidualnym, o własnej niepowtarzalnej dynamice, opartym na siłach natury z aktywną rolą kobiety. Stał się mechanicznym zabiegiem wydobycia dziecka z ciała matki dostosowanym do rytmu i stylu pracy danego szpitala [13]. Tymczasem, w społecznościach tradycyjnych doświadczenie macierzyństwa miało dla kobiety wymiar totalny – dotyczyło jej biologicznego, społecznego, psychicznego i duchowego funkcjonowania. Ciąża i poród postrzegane były wieloaspektowo: nie tylko jako akt fizjologiczny ale ważny element sacrum, życia zbiorowego. Ignorując tę społeczno-kulturową otoczkę dokonano patologizacji ciąży, skojarzono z chorobą, dysfunkcją która wymaga medycznej interwencji. Paradoks polega na tym, iż to co zostało pomyślane jako środek dla poprawy bezpieczeństwa cięż kobiet zagrożonych przeniesione zostało na porody prawidłowe fizjologicznie. Taka ekstrapolacja oznacza budowanie atmosfery zagrożenia, niepokoju i lęku wokół naturalnych etapów życia, a w praktyce zgodę na zbędne a nawet zagrażające zdrowiu praktyki [7]. Ponadto, odrzucając koncepcję porodu jako zindywidualizowanego procesu warunkowanego w dużym stopniu stanem emocjonalnym kobiety (laika), podważa się jej osobiste kompetencje i ogranicza odpowiedzialność na rzecz lekarza (eksperta). Tymczasem, takie przedmiotowe podejście do rodzącej odbiera jej poczucie sprawstwa i kontroli nad przebiegiem porodu [13,14].

W STRONĘ HUMANIZACJI PORODU

Poglądy krytyków medykalizacji, stanowią część rozwijającego się od lat 70. XX wieku, głównie w Stanach Zjednoczonych, ogólniejszego ruchu kontestującego kulturę konsumpcyjną społeczeństw ponowoczesnych, w tym również skomercjalizowany system medyczny. Społeczna percepcja nastawionej na zysk, zbiurokratyzowanej

i stechniczowanej, a przez to zagrażającej zdrowiu medycyny była wyrazem rosnącej świadomości, iż system medyczny musi być przedmiotem pozamedycznej kontroli oraz oceny jakości usług. Koszty i efektywność leczenia, błędy jatrogenne, skutki uboczne leczenia powinny być jawne i poddane osądowi społecznemu [15]. W tym kontekście, zarówno przedstawiciele zawodów medycznych, urzędnicy, politycy, jak i opinia publiczna powinni dysponować pełną informacją o pozytywnych i negatywnych konsekwencjach zmedykalizowanych porodów.

Septyczne nastawienie do systemu medycznego jest także poniekąd efektem przewartościowania w sferze ideologii i działań praktycznych współczesnych nauk medycznych. W coraz większym stopniu docenia się promocję zdrowia oraz profilaktykę jako zasadnicze elementy systemu opieki zdrowotnej. Medycyna interweniuje zatem nie tylko w sytuacji choroby ale także zainteresowana jest wzmacnianiem potencjału zdrowia. Towarzyszą temu procesy deinstytucjonalizacji (formy leczenia otwartego, opieka środowiskowa) oraz deprofesjonalizacji (aktywność jednostki w procesie leczenia, indywidualna odpowiedzialność za zdrowie) [15]. Procesy te oddają w pewnym stopniu charakter rozważań nad współczesnym modelem opieki okołoporodowej. W systemie zmedykalizowanym rola kobiety ciężarnej została zredukowana do roli pacjentki. „W sensie ściśle etymologicznym «pacjent» oznacza osobę cierpiącą, będącą obiektem działania (...) jest w sytuacji «otrzymującego». Reaguje, a nie podejmuje inicjatywy; jest przeciwstawieniem «działającego»” [16]. Deprofesjonalizacja oznaczać będzie zatem m.in. docenienie roli kobiet w akcie porodu, szerszą ich edukację, ale także większą autonomię zawodową położnych. Z kolei deinstytucjonalizacja oznaczać będzie m.in. rezygnację z centralizacji usług porodowych.

Powyższe tendencje odzwierciedlają ustalenia Światowej Organizacji Zdrowia w zakresie opieki okołoporodowej. W 1985 r. na słynnej konferencji WHO w Fortalezie poddano krytyce dotychczasowy lekarsko-medyczny model prowadzenia ciąży i porodu, określono także zalecenia oceniające zasadność stosowania określonych procedur medycznych i formy kontroli nad nimi. Według wytycznych tej instytucji indywidualny nadzór lekarzy czy szpitala nad porodem powinien być zastąpiony szerszym systemem opieki okołoporodowej, zbliżonym do społeczności lokalnej [13]. Zatem wszystkie kobiety ciężarne, nie tylko te, znajdujące się w grupie ryzyka, powinny być objęte opieką zdecentralizowaną, dostępną w najbliższym otoczeniu, respektującą specyficzne warunki społeczno-kulturowe, opartą o wizję porodu jako centralnego punktu życia rodziny z możliwością szybkiego reagowania w sytuacji nieprzewidywanych komplikacji. WHO określa system tego typu jako „opiekę poziomu pierwszego” (*first-level maternal and newborn care*) i wymienia jego następujące cechy: bliski klienta (*close-to-client*), zdezmedykalizowany ale profesjonalny, dostępny dla wszystkich matek i noworodków, oparty na usługach położnych, ewentualnie lekarzy lub pielęgniarek odpowiednio przeszkolonych, prowadzonych w szpitalnych oddziałach położniczych oraz ośrodkach położniczych (*midwife-led facilities*), które stanowią kombinację społecznego i niezmedykalizowanego otoczenia oraz profesjonalnej opieki. Poziom opieki podstawowej powinien być kompaty-

bilny ze wspomagającym systemem wyższego rzędu (*back-up maternal and newborn care*), opierającym się głównie na usługach ginekologów-położników i pediatrów, reagującym na wszystkie problemy, które nie mogą być rozwiązane na poziomie pierwszym [17].

Ważnym elementem tego zdecentralizowanego systemu są porody pozaszpitalne oparte na profesji położnej. Medykalizację często przedstawia się jako konsekwencję konkurencyjnej walki o wpływy w systemie medycznym oraz opisuje w języku rywalizacji między grupami zawodowymi. Położne miałyby być z tej perspektywy ofiarą prowadzonej od dawna przez lekarzy ofensywy [18]. Historia działalności położnych w Stanach Zjednoczonych ukazuje proces medykalizacji właśnie w tym sensie. Na skutek nagonki ze strony medyków na położne, jaka miała miejsce we wczesnych latach XX wieku, wyeliminowano je z systemu usług położniczych. Skojarzenie praktyk położnych z zacołaniem, ryzykiem, brakiem higieny doprowadziło do niskiej świadomości kim jest w istocie położna oraz jaka jest jej rola w akcie porodu [19]. Tymczasem badania wskazują, iż opieka sprawowana przez samodzielne położne cechuje się wysokim poziomem bezpieczeństwa przy porodach niskiego ryzyka – analiza porównawcza piętnastu badań nad porodami z asystą położnych oraz z udziałem lekarzy nie wykazała żadnych różnic pod tym względem [20]. Dwa randomizowane badania kliniczne przeprowadzone w Szkocji [13] oraz sześć w Stanach Zjednoczonych potwierdzają brak wzrostu niepomyślnych wyników porodów z asystą położnych [21]. Inne znaczące badanie opublikowane w 1998 r., które objęło ponad 4 mln porodów w Stanach Zjednoczonych w jednym roku, po wyeliminowaniu porodów obciążonych ryzykiem, wykazało, iż działania położnych cechowały się o 19% niższą umieralnością niemowląt, 33% umieralnością noworodków oraz o 31% mniejszym wskaźnikiem niskiej masy urodzeniowej [22]. Według M. Wagnera analizy literatury naukowej nie wykazują zatem w żaden sposób, iż porody z udziałem położnych są w jakiś sposób bardziej ryzykowne – w przypadku ciąży niskiego ryzyka opieka położnicza jest równie lub bardziej efektywna i bezpieczna niż interwencja lekarza. Ponadto, zaletą asysty samodzielnych położnych jest ograniczenie inwazyjnych, stosowanych bez wyraźnych zaleceń interwencji medycznych. Niewątpliwym atutem jest także szczególna relacja między położną a rodzącą, co skutkuje większą psychiczną satysfakcją z porodu u kobiet [13].

ZAKOŃCZENIE

W dyskusji nad optymalnym systemem opieki okołoporodowej zwraca się uwagę, iż w praktyce demedykalizacja jest trudna do przeprowadzenia. Nie chodzi bowiem tylko o zauważenie istniejącego problemu oraz wdrażanie pewnych rozwiązań na szpitalnych salach, ale działania systemowe, podejmowane przez uświadomionych działaczy politycznych [13]. Zatem prawdziwie skuteczna byłaby strategia wzajemnie powiązanych działań, wykraczających nawet poza system *stricte* medyczny. Zaleca się, oprócz wzmacniania istniejącej opieki zdrowotnej, promowanie większego zaangażowania profesjonalnych położnych na

podstawowym poziomie usług medycznych oraz rozwijanie i inkorporację do tradycyjnych systemów zdrowotnych alternatywnych form opieki położniczej dla kobiet chcących rodzić poza szpitalem. Oprócz rozwiązań instytucjonalnych warunkiem koniecznym osiągnięcia postawionego celu jest także otwarta dyskusja nad prawami kobiet, promocja równości płci oraz wspieranie kobiet na różnych obszarach życia społecznego [23]. Wydaje się, iż zapisy standardu opieki okołoporodowej w Polsce stanowią istotny element tak rozumianej strategii oraz ważny krok w stronę humanizacji porodu.

PIŚMIENICTWO

1. Projekt Rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie standardu opieki okołoporodowej.
2. Fundacja Rodzić po Ludzku. Standard krok po kroku. <http://www.rodzicpoludzku.pl>; 2010.
3. Conrad P. The Medicalization of Society: On The Transformation of Human Conditions Into Treatable Disorders. Baltimore: Johns Hopkins University Press; 2007.
4. Conrad P. Medicalization and Social Control. *Annual Review of Sociology* 1992;18:209-32.
5. Barański J. Interakcja lekarz-pacjent. W: Barański J, Piątkowski W, (red.) *Zdrowie i choroba. Wybrane zagadnienia socjologii medycyny*. Wrocław: Oficyna Wydawnicza ATUT Wrocławskie Wyd. Oświatowe; 2002:158-61.
6. Conrad P, Schneider JW. *Deviance And Medicalization: From Badness to Sickness*. Philadelphia: Temple University Press; 1992.
7. Domańska U. Medykalizacja i demedykalizacja macierzyństwa. W: Piątkowski W, Brodński WA (red.) *Zdrowie i choroba. Perspektywa socjologiczna*. Tyczyn: WSSG; 2005:311-22.
8. Kościelak LJ. Od Webera do Ritzera. Racjonalizacja zaspakajania potrzeb zdrowotnych. W: Piątkowski W, Titkow A (red.) *W stronę socjologii zdrowia*. Lublin: Wyd. UMCS; 2002:155-65.
9. Purdy L. Medicalization, Medical Necessity, and Feminist Medicine. *Bioethics* 2001;15:248-61.
10. Podgórska J. Betonowe położnictwo. *Polityka* 2005;43:4-11.
11. Heimrath T. Przełomy w rozwoju nowożytnego położnictwa warunkowane nowymi metodami postępowania. W: Płonka-Syroka B, red. *Studia z dziejów kultury medycznej. Społeczno-ideowe aspekty medycyny i nauk przyrodniczych XVIII-XX wieku*. Wrocław: Oficyna Wydawnicza Arboretum; 2002.
12. Poręba R, Sioma-Markowska U, Poręba A. Poród w ujęciu interdyscyplinarnym. *Perinatologia, Neonatologia i Ginekologia* 2008; 1,149-51.
13. Wagner M. Ryby nie widzą wody: potrzeba humanizacji porodu. 2001. <http://rodzicpoludzku.pl>.
14. Jakubowska H. *Socjologia ciała*. Poznań: Wyd. Naukowe UAM; 2009.
15. Piątkowski W. W stronę socjologii zdrowia. W: Piątkowski W, Titkow A (red.) *W stronę socjologii zdrowia*. Lublin: Wyd. UMCS; 2002:15-33.
16. Gallagher EB. Ideologia konsumpcji a opieka zdrowotna. W: Sokołowska M, Hołówka J, Ostrowska A (red.) *Socjologia a zdrowie*. Warszawa: Wyd. PWN; 1976:191-211.
17. WHO. *Make every mother and child count*. WHO; 2005.
18. Wertz DC. What Birth Has Done for Doctors: A Historical View. W: Wilson PK, red. *The Medicalization Of Obstetrics: Personnel, Practice, and Instruments*. New York: Garland Publishing; 1996:7-24.
19. Wagner M. *Born in the USA. How a Broken Maternity System Must Be Fixed to Put Women and Children First*. California: University of California Press; 2006.
20. Brown S, Grimes D. A meta-analysis of nurse practitioners and nurse midwives in primary care. *Nurs Res* 1995;44:332-9.
21. Wagner M. Midwifery in the Industrialized World. *J. Society Obst. Gyn Canada* 1998; 20,13:1225-34.
22. MacDorman M, Singh G. Midwifery care, social and medical risk factors, and birth outcomes in the USA. *J Epidemiol Community Health* 1998; 52:310-17.
23. Rasch V. Maternal Death and the Millennium Development Goals. *Dan Med Bull* 2007;54:167-9.

Informacje o Autorce

Mgr LUIZA NOWAKOWSKA – asystent, Samodzielna Pracownia Socjologii Medycyny, Katedra Nauk Humanistycznych, Wydziału Pielęgniarstwa i Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Medycznego w Lublinie.

Adres do korespondencji

ul. Turkusowa 12/18
20-572 Lublin
tel. 505 748 328
e-mail: luizanowakowska@gmail.com